

## PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

### A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO (Para ser completada por el Condado)

Nombre del Solicitante/Beneficiario:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Condado de residencia:	# del Caso de IHSS
Nombre del Trabajador de IHSS:	
Número de teléfono del Trabajador de IHSS:	Número de fax del Trabajador de IHSS:

### B. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (Para ser completada por el solicitante/beneficiario)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la divulgación de información médica  
(ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE)  
relacionada a mi condición física y/o mental al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar en lo que se refiere a mi necesidad de servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(SOLICITANTE/BENEFICIARIO O TUTOR/CURADOR LEGAL)

Testigo (si la persona firmó con una "X"): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### A: EL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA –

La persona cuyo nombre aparece en la parte de arriba ha solicitado o actualmente está recibiendo beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). La ley del Estado requiere que para que se autoricen o se continúen los servicios del Programa de IHSS, un profesional en el cuidado de la salud con licencia tiene que proporcionar una certificación médica en la cual declare que la persona mencionada arriba no puede hacer independientemente alguna actividad de la vida diaria y que sin los servicios de IHSS, esta persona estaría en peligro de ser colocada bajo cuidado fuera del hogar. Este formulario de certificación médica se tiene que completar y devolver al trabajador de IHSS mencionado arriba. El trabajador de IHSS usará la información que se proporcione para evaluar la presente condición de la persona y su necesidad para cuidado fuera del hogar si no se proporcionan los servicios de IHSS. El trabajador de IHSS tiene la responsabilidad de autorizar los servicios y las horas de servicio. La información que se proporcione en este formulario se considerará como un factor en la necesidad para servicios, y se considerará toda la documentación pertinente para hacer una determinación en relación a IHSS.

IHSS es un programa cuyo propósito es habilitar a las personas de edad avanzada, ciegas, y discapacitadas quienes están más en riesgo de ser colocadas bajo cuidado fuera del hogar para que se queden en una manera segura en su propio hogar proporcionándoles servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal. Los servicios de IHSS incluyen: limpiar la casa, preparar comidas, limpiar después de las comidas, lavar la ropa, ir de compras para la comida u otras necesidades, ayuda con el cuidado para la respiración, asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga, alimentación, baños en la cama, vestirse, cuidado relacionado a la menstruación, ayuda para moverse de un lado a otro, transferencias, bañarse y aseo personal, frotar la piel y reposicionamiento, cuidado/ayuda con prótesis, acompañar a citas médicas/recursos alternativos, eliminación de peligros en el patio/jardín, limpieza profunda, supervisión de protección (observar el comportamiento de una persona que no se dirige por sí misma, confundida, impedida mentalmente o con una enfermedad mental e intervenir cuando sea apropiado para salvaguardar al beneficiario de lesiones, peligros o accidentes), y servicios paramédicos (actividades que requieren un criterio basado en entrenamiento recibido de un profesional en el cuidado de la salud, tal como administrar medicinas, introducción de un instrumento agudo en la piel, etc., los cuales una persona haría por sí misma si dicha persona no tuviera limitaciones funcionales, y las cuales, debido a su condición física o mental, son necesarias para mantener su salud). El Programa de IHSS proporciona ayuda directa y/o asistencia verbal (recordando o sugiriendo) para los servicios mencionados anteriormente.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA**

Nombre del Solicitante/Beneficiario:

# del Caso de IHSS:

**\*\*SOLAMENTE UN PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEBE COMPLETAR EL RESTO DE ESTE FORMULARIO\*\***

**C. INFORMACIÓN MÉDICA (Para ser completada por un profesional en el cuidado de la salud con licencia)**

1. Describa la naturaleza de los servicios que usted proporciona a esta persona (por ejemplo, tratamiento médico, cuidado de enfermera, planificación para darle de alta, etc.):

2. ¿Durante cuánto tiempo le ha proporcionado servicios a esta persona?

3. Describa con qué frecuencia tiene contacto con esta persona (por ejemplo, mensualmente, anualmente, etc.):

4. Indique la fecha de la última vez que proporcionó servicios a esta persona: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. ¿Es cierto que esta persona **no puede** independientemente hacer una o más de las actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse, usar el baño, caminar, etc.), o actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, limpiar la casa, preparar comidas, ir a comprar comida, etc.)?  SÍ  NO

6. En su opinión ¿se recomienda uno o más servicios de IHSS para prevenir la necesidad de cuidado fuera del hogar? (Vea la descripción de los servicios de IHSS en la página 1.)  SÍ  NO

*Si usted contestó "NO" a la pregunta #5 ó #6, no conteste las preguntas #7 y #8 a continuación, y complete la PARTE D al final del formulario.*

*Si usted contestó "SÍ" a las preguntas #5 y #6, conteste las preguntas #7 y #8 a continuación, y complete la PARTE D al final del formulario.*

7. Proporcione una descripción de cualquier condición física y/o mental, o limitación funcional, que ha ocasionado o contribuido a la necesidad de esta persona para asistencia del Programa de IHSS:

8. ¿Se espera que esta condición(es) o limitación(es) funcional dure más de 12 meses seguidos?  SÍ  NO

**NOTA: ES POSIBLE QUE EL TRABAJADOR SOCIAL SE COMUNIQUE CON USTED PARA INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ACLARAR LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONÓ ARRIBA.**

**D. CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA**

Al firmar este formulario, yo certifico que tengo una licencia profesional del Estado de California y toda la información que proporcioné arriba es correcta.

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de Fax:

Firma:

Fecha:

Número de Licencia Profesional:

Autoridad que otorgó la licencia:

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL TRABAJADOR SOCIAL ANOTADO EN LA PÁGINA 1.**